

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Міністерство освіти та науки України
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"
Українська Асоціація Нейрохірургів (УАН)
Харківський національний медичний університет
Харківський обласний осередок УАН
Українська асоціація боротьби з інсультом

VI з'їзд нейрохірургів України

Харків, 14–16 червня 2017 року

Тези доповідей

Київ 2017

Ministry of Health of Ukraine
National Academy of Medical Sciences of Ukraine
Ministry of Education and Science of Ukraine
Romodanov Neurosurgery Institute
Ukrainian Association of Neurosurgeons (UAN)
Kharkiv National Medical University
Kharkiv regional branch of UAN
Ukrainian Association of Combating Stroke

VI Ukrainian Congress of Neurosurgery

Kharkiv, 14-16 June 2017

Abstracts Book

Kiev 2017

Хірургія основи черепа / Skull Base Surgery

Порушення ліквороциркуляції у пацієнтів з синдромом Кіарі: предиктори розвитку та динаміка післяопераційного регресу

Смоланка В.І., Гаврилів Т.С., Смоланка А.В.

Ужгородський національний університет

Мета. Вивчити закономірності розвитку сирингомієлітичних кіст у пацієнтів з синдромом Кіарі (СК) I і 1.5 типу та проаналізувати вплив оперативного лікування на динаміку регресу лікворо-динамічних порушень.

Матеріали і методи. Ретроспективно досліджено історії хвороб 20 пацієнтів з СК I та 1.5 типу, прооперованих в умовах ОКЦНН м.Ужгорода в період з 2006 року до 2017 року. При хірургічних втручаннях виконувалась субокципітальна декомпресивна краніектомія, ламінектомія першого шийного хребця, пластика твердої мозкової оболонки. В окремих випадках додатково проводилась пункційна евакуація сирингомієлітичної кісти. Середній термін спостереження після операції склав 5 років.

Результати. У пацієнтів з симптомами захворювання більше 3 років, частота утворення супутніх сирингомієлітичних кіст становила 64%. В досліджених випадках, останні наявні у 10 пацієнтів. При оперативних втручаннях в 50% випадків пункція кісти не проводилась. Клінічно та за допомогою магнітно-резонансної томографії встановлено, що в післяопераційному періоді регрес сирингомієлітичних кіст спостерігався у всіх пацієнтів.

Висновки. У пацієнтів з СК I і 1.5 типу та тривалістю захворювання більше 3 років збільшується імовірність розвитку лікворних порожнин у спинному мозку. Оперативне лікування є ефективним методом корекції ліквородинамічних порушень, пункційна евакуація сирингомієлітичної кісти не є обов'язковою при хірургічних втручаннях.

Ключові слова: Синдром Кіарі; сирингомієлія.

Пластика турецького сідла після ендоскопічного ендоназального трансфеноїдального доступу. Підвищення ефективності

Паламар О.І., Гук А.П., Аксьонов Р.В., Оконський Д.І., Тесленко Д.С.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Мета. Визначити оптимальний метод пластики передньої стінки турецького сідла.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 142 пацієнтів, яким був виконаний ЕЕТ у хворих з патологією селярної ділянки, з наступною пластикой передньої стінки ТС. Аденом гіпофізу – 142 хворих, серед яких: мікроаденоми – 16, макроаденоми – 86, гігантські аденоми – 26. Функціональні аденоми гіпофізу склали 55 хворих, нефункціональні аденоми – 73 хворих. Менінгіоми пагорбку турецького сідла виявлено у 5 хворих, краніофарінгіоми – 6 хворих, кіста кармана Ратке – 3 хворих. Пластика була проведена різноманітними матеріалами та комбінаціями матеріалів: вільні клапти – фрагмент жирової тканини, широка фасція стегна і кістка; та назосептальним клаптом на ніжці, широкою фасцією стегна і кісткою. В поодиноких випадках нами було використано слизову оболонку клиноподібної пазухи носа (СО) та клеєву композицію «Duraseal» (DS).

Результати. Інтраопераційна лікворея спостерігалась у 56 випадках. При відсутності інтраопераційної ліквореї пластика передньої стінки турецького сідла у виконувалась: аутожиром та кісткою – 27, фрагмент широкої фасції стегна і кістка – 25, назосептальним клаптом на ніжці і кістка – 17. В поодиноких випадках були використані «Duraseal», фрагмент кістки з передньої стінки основної пазухи або з носової перетинки, слизовою оболонкою клиноподібної пазухи носа. При наявності інтраопераційної ліквореї виконувалась більш об'ємна пластика передньої стінки турецького сідла з використанням широкої фасції+кістки+назосептального клаптя – 48 випадків; та вільними клаптями: фрагмент широкої фасції стегна + кістка – 5, аутожиром та кісткою – 3 випадки.

Висновки. Для досягнення герметизації пластичного закриття передньої стінки турецького сідла може бути використана як моношарова пластика (вільні фрагменти) так і багатшарова пластика (васкуляризовані клапти).

Назо-септальний клапоть є ефективним методом пластики передньої стінки турецького сідла для усунення післяопераційної ліквореї.

Ключові слова: Ендоскопічний ендоназальний доступ; пластика стінки турецького сідла.